Ueber die

Entwicklung organischer Erkrankungen

des centralen Nervensystems

bei Personen welche lange an schwerer Hysterie gelitten haben.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

LUDWIG FELDMANN

approb. Arzt.

LEIPZIG

Commissionsverlag von Otto Klemm.

1887.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Kussmaul.**

Eine Differentialdiagnose, von welcher bezüglich der Prognose sehr viel abhängt, ist die zwischen Hysterie und zwischen wirklicher Gewebserkrankung in den Centralorganen des Nervensystems.

Zwar lässt sich behaupten, dass die Diagnose der System- und Herderkrankungen der Centralorgane im allgemeinen soweit gefördert sei, dass man bestimmte Symptomencomplexe zu erwarten habe, welche von der Hysterie doch nur ganz ausnahmsweise und niemals auf die Dauer vorgetäuscht werden können. Desto wichtiger ist es zu wissen, dass auch Complicationen vorkommen, und zwar häufiger, als dass man dieselben auf Rechnung des Zufalls setzen könnte. Französische Autoren haben mehrfach darauf aufmerksam gemacht, dass beim weiblichen Geschlechte die Hysterie eine häufigere Vorgängerin chronisch verlaufender Gewebserkrankungen der Centralorgane sei. Vulpian räumt derselben, namentlich der convulsiven Hysterie, eine hervorragende Rolle in der Aetiologie der Tabes ein[1].

[1] Leçons sur les maladies du système nerveux 1878. pag. 240.

J. Ferry[1], ein Schüler Vulpian's, vertritt diese Ansicht in einer Dissertation, in welcher er zwölf Krankengeschichten als Beleg beibringt. Es liegt auf der Hand, dass eine derartige Ansicht über den Werth einer Hypothese hinaus fördern zu wollen, einstweilen nicht statthaft ist. Jedenfalls aber sind desbezügliche Beobachtungen von praktischem Interesse. Man wird bei schweren Fällen von Hysterie die Möglichkeit einer sich daran anschliessenden Tabes im Auge zu behalten haben, jedenfalls sich nicht beruhigen, dass die Hysterie nach neueren Beobachtungen Tabes-ähnliche Symptome hervorbringe, und nicht die Zeit, rechtzeitig therapeutisch einzugreifen, verstreichen lassen.

Von grösserer Bedeutung ist die von Charcot[2] ganz bestimmt ausgesprochene Ansicht, dass nach langem Bestande hysterischer Paraplegie sich Seitenstrangsclerose ausbilden könne. Er stützt sich dabei auf eine Beobachtung, welcher, wenn sie auch einstweilen noch einzig dasteht, eine andere Deutung zu geben, kaum zulässig erscheint. Er glaubt, dass der hysterischen Lähmung resp. Contractur ebenfalls ein anatomischer Veränderungsprocess im Centralorgan zu Grunde liege, dass dies aber ein reparabler Process sei und ein mit unseren heutigen Methoden nicht

[1] Thèse de Paris N° 35. 1879.

[2] «Il m'est arrivé, en effet, d'observer une fois, chez une femme hystérique, atteinte, depuis une dizaine d'années, de contracture des quatre membres, et dont le début avait été subit, une sclérose qui occupait symétriquement, et à peu près dans toute la hauteur de la moelle, les cordons latéraux. A diverses reprises, cette femme avait vu la contracture céder temporairement; mais après un dernier accès, celle-ci était devenue définitive.» (Lecons sur les maladies du système nerveux, par J. M. Charcot, recueillies par Bourneville. Paris 1884. pag. 362.)

nachweisbarer. Allmählich aber träte an Stelle dieser geringen Structurveränderung jene bekannte grob-materielle, welche die echte Sclerose darstellt.

Den Zeitpunkt zu erkennen, wo diese schwere Wendung eingetreten sei, hält Charcot für ausserordentlich schwierig, wenn nicht die grauen Vorderhörner von dem sklerotischen Process mitbefallen würden. Bei einigen Fällen hysterischer Contractur von sehr altem Datum hat er in der That die Symptome der amyotrophischen Lateralsclerose sich einstellen sehen.

Ausser der Tabes und der Lateralsclerose ist es vorzüglich die disseminirte Sclerose des Gehirns und Rückenmarks, von welcher erwähnt wird, erstens dass Hysterie ihr öfters vorangehe, und zweitens dass sie sich zuweilen intra vitam schwer von der Hysterie unterscheiden lasse.

Eine ausführliche Würdigung der differentialdiagnostischen Schwierigkeiten findet sich in einem Vortrage von Hirt, (gehalten in der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur)[1].

Charcot[2] sagt, dass die Hysterie in manchen Fällen von multipler Sclerose eine Rolle unter den pathalogischen Antecedentien der Kranken spiele.

Mollière[3] betont «die häufige Entwicklung von ausgebreiteten Sclerosen in den Centralorganen bei Kranken, welche während langer Jahre die Erscheinungen einer sehr schweren oder atypischen Hysterie darboten.» «Man muss, (sagt er), die Kranken lange

[1] Breslauer ärztl. Zeitschr. 7. Jahrg. 1885. N° 11.

[2] l. c. pag. 269.

[3] Mollière, Sur quelques points du diagnostic de la sclérose des centres nerveux. Lyon méd. gaz. 1875. N° 28.

Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, um sie dieses verhängnissvolle Ziel erreichen zu sehen. Erst als Assistenzarzt, dann als Chef in demselben Hospital, war es mir vergönnt, einige dieser unglücklichen Frauen zu beobachten, welche man uns bei ihrem Eintritt als Typen der Hysterie zeigte, und an welchen wir zwei oder drei Jahre später die verschiedenen Formen von Sclerosen der Centralorgane studiren konnten. Besonders sind es Fälle mit Symptomen, welche denen wirklicher Läsionen des Rückenmarks und Gehirns, wie Hemiplegieen, Paraplegieen ähneln, welche später, sei es mit oder ohne vorangegangene Remissionen, sich endlich als unheilbare Läsionen (des lésions incurables) entpuppen.»

Von den beiden Fällen, welche Mollière bei dieser Gelegenheit beschreibt, entspricht einer den oben angeführten Beobachtungen Charcots: Nachdem längere Zeit eine hysterische Hemiplegie bestanden hatte, bildeten sich die Symptome der amyotrophischen Sclerose auf der kranken Seite (une amyotrophie des mieux caractérisées de tout le côté parésié) aus. — Der andere Fall steht in ganz naher Beziehung zu unserem engeren Thema. «Es handelte sich um eine junge Frau mit sehr deutlichen hysterischen Antecedentien, welche, als sie uns gebracht wurde alle Symptome einer hysterischen Paraplegie, so deutlich, wie sie nur sein können, darbot. Jedermann stimmte dieser Diagnose bei. Sie hielt sich zwei Monate im Hospital auf ohne wesentliche Besserung. Eines Morgens wurde sie von schwerem Allgemeinleiden befallen, nachdem sie einen Streit gehabt hatte. Abends war sie todt. Man hatte an eine hypostatische Pneumonie gedacht. Wir machten die Section und fanden mehrere sclerotische Plaques auf der

Brücke, welche tief in das darunter liegende Nervengewebe hineinreichten. Der Rest des Marks war gesund[1]; eine Pneumonie war nicht vorhanden.

Bei einem so kurzen Bericht, welcher fast aller Einzelnheiten ermangelt, verzichtet der Autor leider auf den genauen Beweis, dass es sich nicht einfach um eine verkehrte Diagnose intra vitam gehandelt habe.

Ganz analog den oben citirten Beobachtungen Charcots und Mollières ist auch ein von Kussmaul (Störungen der Sprache S. 201) mitgetheilter Fall, bei welchem es leider nicht zur Autopsie kam. «Eine Dame von 30 und einigen Jahren litt an Hysterie mit Lähmung der Beine und des linken Armes. Sie verlor ab und zu die Sprache Stunden und Tage lang. Ein Druck auf eine beliebige Stelle der seitlichen Halsgegenden beseitigte diese «Aphasie» stets sogleich. Aus meiner Nähe gebracht, verlor sie die Sprache ganz. Sie machte sich ein ganzes Jahr lang nur durch die Schrift verständlich. Zuletzt wurde auch der rechte Arm lahm, doch blieb ihr so viel Kraft, um mit einem Stäbchen durch successives Deuten auf die Buchstaben eines grossen Alphabets ihre Wünsche auszudrücken und Fragen zu beantworten. Der Druck auf den Hals nützte nichts mehr. Die Kranke hatte eine grosse Zuneigung zu mir. Ich liess sie in mein Hospital verbringen, ihr ein angenehmes Zimmer anweisen und verordnete ein indifferentes Mittel, von dem ich sicheren Erfolg in Aussicht stellte. In 8 Tagen hatte ich sie soweit, dass sie wieder sprach wie früher, auch gebrauchte sie die rechte Hand wieder zum Zeichnen, Schreiben und zu

[1] Ob unter «dem Rest des Marks» («le reste de la moelle») auch der übrige Theil des Gehirns einbegriffen ist?

weiblichen Handarbeiten. — Ein halb Jahr nachher musste sie in ihre Heimath zurückkehren. Der Transport setzte ihr sehr zu, eine Blasenlähmung stellte sich ein, der rechte Arm wurde dauernd gelähmt und sie ging unter allen Symptomen einer diffusen Myelitis in wenigen Monaten zu Grunde.»

Wir verfügen über einen Fall, welcher den eben citirten im allgemeinen analog ist. In demselben handelt es sich um eine derartige Complication von Hysterie mit einer disseminirten Sclerose, dass es einer eingehenden Analyse bedarf, um zu entscheiden, welche Symptome rein hysterische waren, welche auf anatomischer Basis beruhten.

Da derselbe während des Lebens nur zu ganz vorübergehender Beobachtung kam, so wurde von den beiden Erkrankungen nur die ganz offenkundige Hysterie, welche an und für sich sehr schwere Symptome machte, diagnosticirt. Bei der Obduction fand man die Herdsclerose, welche an Reichhaltigkeit in fast allen Theilen der Centralorgane nichts zu wünschen übrig liess.

Vergegenwärtigen wir uns, ehe wir auf die Specialbetrachtung dieses Falles — welchen Herr Geheimrath Kussmaul mir gütigst zur Veröffentlichung überliess — eingehen, worin das Gemeinschaftliche in den äusseren Erscheinungen der Hysterie und der multiplen Sclerose eventuell gelegen sein kann, so ist folgendes hauptsächlich zu berücksichtigen. Die disseminirte oder multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks lässt sich weder den Systemerkrankungen der Centralorgane noch auch den Herderkrankungen im gewöhnlichen Sinne dieser Bezeichnung anreihen. Ihrer Natur nach bietet sie ein Feld für Variationen und Combinationen. Dass sie in vielen Fällen annähernd

einen bestimmten Typus von Erscheinungen einhält, das ist wohl lediglich auf den Umstand zurückzuführen, dass es gewisse Prädilectionsstellen für den Sclerosirungsprocess giebt, wozu beispielsweise die Brücke und gewisse Gebilde des verlängerten Marks gehören. Nichtergriffensein von Prädilectionstellen wird Ausfall von Symptomen bedingen, die sonst in der Regel auftreten. Andererseits können beliebige Störungen der Motilität und Sensibilität hinzutreten. Wenn auch gewisse Störungen seltener vorkommen, entsprechend seltenerem Ergiffensein der entsprechenden Regionen oder Systeme des Centralapparats, so lässt sich daraus doch keine Regel machen. Die Hinterstränge des Rückenmarks werden beispielsweise nicht häufig in bedeutender Ausdehnung befallen; in Folge dessen sind die Störungen der Sensibilität meist leichterer Art, fehlen zuweilen ganz. Indessen kommt auch das Gegentheil vor; ja selbst Ataxie, wie bei der Tabes, wurde häufig beobachtet. — Kurz, der Umstand, dass ein begrenzter Symptomencomplex für die multiple Sclerose nicht existirt, dass aber die einzelnen Symptome, welche in den Bereich der Möglichkeit gehören, nämlich Lähmungen und Contracturen der Extremitäten der Schlund- und Darmmuskulatur, der Blase, des Mastdarms, verschiedene Sensibilitätsstörungen, Anomalien der Psyche, dass diese sämmtlichen Symptome in derselben oder in ähnlicher Art auch durch Hysterie hervorgebracht werden können, das ist der Grund, dass die Differentialdiagnose zuweilen schwierig ist. Natürlich, das typische Intentionszittern, die scandirende Sprache, andauernder Nystagmus werden uns über das Vorhandensein von multipler Sclerose nicht im Zweifel lassen. Aber die Zahl der Fälle mehrt sich täglich,

in denen diese interessanten Lieblingssymptome vermisst wurden[1].

Aus denselben Gründen ist die Frage, ob Hysterie der multiplen Sclerose vorangegangen sei, oder ob die fraglichen Symptome bereits Anfangserscheinungen der Sclerose waren, oft schwer zu entscheiden.

Sehr in's Gewicht fällt noch der Umstand, dass das zeitweilige Rückgängigwerden von Störungen der Motilität und Sensibilität, wie bei Hysterie auch bei multipler Sclerose vorkommt.

Freilich, je grösser die Zahl gleichartiger und ähnlicher Erscheinungen, desto grösser auch die Zahl der Unterschiede, welche sich bei genauer und dauernder Beobachtung wieder an diesen ähnlichen Punkten herausfinden lassen.

Bei der Abwägung der einzelnen Symptome unseres Falles, werde ich solche Unterschiede zu erwähnen haben.

Unser Fall betrifft die Ehefrau Cecilie Graff aus Münster im Elsass, welche ihrer Krankheit, nach ca. 18jähriger Dauer derselben, im Alter von 42 Jahren erlag.

Wie schon oben angedeutet, erstreckte sich die klinische Beobachtung ihres Leidens nur auf zwei sehr kurze Perioden.

Das erste Mal, im Jahre 1879, fünf Jahre vor ihrem Tode, hielt sie sich nur drei Tage lang im Hospital auf. Zu einer Status-Aufnahme kam es damals nicht einmal; jedoch wurde eine recht werthvolle Anamnese notirt. Dieselbe lautet:

[1] Max Mayer, Zur Kasuistik der multiplen Sclerose. Inaug.-Dissert. Breslau 1884. Ferner Köppen, Ueber die histologischen Veränderungen d. multipl. Sclerose. Archiv für Psychiatrie Bd. XVII. In Fall II keine jener drei Symptome.

Dat. 8. Juli 1879.

«Pat. stammt aus gesunder Familie. Eltern und mehrere Geschwister leben noch und sind gesund. Von Nervenkrankheiten weiss Patientin nichts anzugeben. In ihrer Jugend will Patientin stets gesund, aber immer leicht aufgeregt gewesen sein und wurde von Kleinigkeiten oft so alterirt, dass Arme und Beine zitterten.

«Im 16ten Jahre trat die Periode ein. Dieselbe war bis zur Verheirathung der Patientin regelmässig, normal und vollständig schmerzlos.

«Im 22ten Jahre verheirathete sich die Patientin. Ihr Mann soll ganz gesund gewesen sein. Derselbe war Wittwer und hatte eine damals dreizehn Jahre alte Tochter. Seit ihrer Verheirathung begann Frau G. zu leiden. Sie hatte viele Aufregungen und viel Kummer auszustehen, lebte in feuchter Wohnung etc. Auch pecuniär kamen sie zurück, da der Mann sich wenig um sein Schneidergeschäft kümmerte. Patientin musste desshalb Jahre lang an einer Nähmaschine angestrengt arbeiten. — Seinen geschlechtlichen Pflichten scheint der Mann nachgekommen zu sein. Freilich hat Frau G. niemals geboren, auch niemals abortirt. Die Periode war stets regelmässig, aber bis vor zwei Jahren ausserordentlich schmerzhaft. Dabei will Patientin jedesmal «Nerven-Attaquen» gehabt haben, und hatte, nach ihrer Beschreibung, heftige hysterische Krämpfe. Seitdem leidet Patientin an Kopfschmerzen über den Augen, die sich besonders beim Lesen und Arbeiten steigerten, ferner an einem clavusartigen Schmerz auf dem Scheitel. Erbrochen hat sie selten, dagegen viel an Aufstossen gelitten. Nach einem kräftigen Ructus sollen die übrigen Beschwerden jedesmal

geringer geworden sein. — Häufig hatte sie das Gefühl, als ob ihr etwas den Hals herauf stiege und oben stecken bleibe.

«Zuweilen soll die Stimme klanglos gewesen sein. Patientin litt viel an Verstopfung und der Leib soll häufig stark aufgetrieben gewesen sein. Patientin muss sehr oft Urin lassen. Eine Incontinenz besteht nicht; doch passirte es zuweilen, dass Pat. in Folge der Lähmung der Beine nicht früh genug auf den Abort gelangte, und dass sie dann den Urin nicht mehr zurückhalten konnte. Eine Ischurie hat sie niemals bemerkt. — Seit fünf Jahren kann Frau G. nicht mehr recht gehen. Besonders war das linke Bein, zugleich aber auch der linke Arm schwach, und das Gefühl war an diesen Extremitäten abgestumpft, so dass Patientin zwar ganz gut fühlte, wenn man sie stach etc., aber doch einen Gegenstand in der Hand nicht recht erkannte und nicht gut tasten konnte. Ganz dasselbe bestand auf der rechten Seite des Gesichts. Besonders verzogen war das Gesicht nicht. Nur soll die Augenspalte rechts kleiner gewesen sein als links. Die Abstumpfung des Gefühls in der rechten Gesichtshälfte war ihr besonders bemerkbar. — Geschielt hat Patientin niemals, will aber doch oft doppelt, sogar dreifach (!) gesehen haben. Schmerzen auf der linken Körperhälfte hatte sie nur wenig. Dagegen litt sie viel an Schmerzen im rechten Arm und im rechten Bein, namentlich von der Schulter nach dem Halse herauf. Rechts bestand weder besondere Schwäche noch Ameisenkriechen etc. Im linken Bein dagegen will sie viel Ameisenkriechen und Taubsein gefühlt haben. Sie hatte stets das Gefühl, als sei der Boden unter ihr nicht fest, als gehe sie auf Sammt.

«Die Schmerzen in den rechten Extremitäten waren

nicht lancinirend. Sie beschreibt sie als reissend, brennend, als ob sie im Feuer läge.

«Gürtelgefühl bestand nicht, dagegen litt sie häufig an «Magenkrämpfen» und Schmerzen im Unterleibe.

«Die Erscheinungen haben sich im Laufe der letzten fünf Jahre oft geändert, bald gebessert, bald verschlimmert. Von besonders günstigem Einflusse war ein sechsmonatlicher Aufenthalt in Benfeld, wo sie electrisirt und hydrotherapeutisch behandelt wurde.

«Auch hat Frau G. viele Medicamente genommen, darunter Eisen und Bromkali, auch einmal eine Schmierkur durchgemacht, wodurch sie stark herunterkam. Während der Anfälle musste Patientin oft Chloroform einathmen.

«In den letzten zwei Jahren, seit ihrer Rückkehr aus Benfeld, hat sie keine Anfälle mehr gehabt. Sie gebraucht, sobald sie Schmerzen fühlt, noch immer kalte Abreibungen oder Uebergiessungen. — Ein Haarseil, ebenso das Brennen mit dem Glüheisen half nicht.»

Auf ihren Wunsch wurde Frau G. damals nach dreitägigem Aufenthalt wieder aus dem Hospital entlassen. Beinahe fünf Jahre später wurde sie wieder in die Klinik aufgenommen, wo sie nach vierzig Tagen verstarb. In dieser Zeit wurden folgende Aufzeichnungen über sie gemacht:

Am 8. November 1884. Patientin wurde auf Ansuchen ihres Mannes und auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, dass sie rückenmarkleidend sei, aufgenommen. — Aus ihr selber ist keine Anamnese herauszubringen, zum Theil, weil sie nicht verständlich spricht, zum Theil weil sie auf die gestellten Fragen keine richtigen Antworten giebt. — Ihr Mann erzählt, dass er sie ein Jahr lang in Benfeld behan-

deln liess, dass jetzt seine Mittel erschöpft seien, und dass seine Gesundheit ihm nicht mehr erlaube, die Frau im Hause zu behalten. Er habe ein Herzleiden, und die unausgesetzte Pflege seiner Frau, welche ihm Tag und Nacht keine Ruhe lasse, bringe ihn ganz herunter. Er erklärt sich völlig damit einverstanden, seine Frau im Hospitale auf alle Fälle zu lassen. Auf Wunsch der Frau hat er auch einen Fahrstuhl für dieselbe von Münster mitgebracht und hat auf ihren Wunsch sich in die Stadt begeben, um ihr Spitzenkragen und Manschetten, sowie ein Paar blaue Stiefel, zum Tragen im Spital, einzukaufen. Die Patientin ist nur mit Mühe zu bewegen, im Bette liegen zu bleiben. Sie verlangt nach ihrem Fahrstuhl. Stehen kann sie nicht.

Sie ist von mittlerer Grösse, ziemlich gut genährt. Die Gesichtsfarbe ist gesund; die sichtbaren Schleimhäute sind gut injicirt.

Es fällt ein leichter seitlicher Nystagmus auf. Der Gesichtsausdruck ist blöde. Die rechte Gesichtshälfte ist verzogen, wie bei linksseitiger Facialislähmung. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert nicht und macht alle Bewegungen prompt. Die Sprache ist undeutlich, lallend und verlangsamt. Wenn die Kranke Antworten giebt, zieht sie die Augenbrauen in die Höhe und beugt den Kopf nach hinten. Dabei wird das Kinn gehoben, die Weichtheile des Kinnes nach aufwärts verzogen. Die Verziehung des Mundwinkels kommt dabei besonders stark zum Vorschein. Schlucken kann Patientin ganz gut. Die Untersuchung des Thorax und des Abdomen ergiebt durchaus keine Abweichungen von der Norm.

In die Rückenlage gebracht, bleibt sie darin ruhig liegen. Die Beine beugt sie gar nicht. Der linke Arm

liegt in Contracturstellung quer über der Brust. Den rechten Arm bewegt die Patientin ein wenig. Der linke Arm ist an den Thorax angepresst, der Ellenbogen in nahezu rechtwinkliger Flexion. Die Finger sind in Contracturstellung. Der Biceps fühlt sich sehr gespannt an. Der Triceps ist von geringem Volumen. Sämmtliche Contracturen lassen sich leicht überwinden. Selbständig kann die Kranke den Arm und die Finger fast gar nicht bewegen.

Auf der rechten Seite sind die Contracturen nicht so ausgeprägt. Die Kranke kann den Arm strecken und bis zur Schulterhöhe heben.

Aufgefordert, nach dem Seil über dem Bette zu greifen, macht sie sehr unsichere Bewegungen, greift immer daneben oder kommt nicht so hoch und behauptet es nicht zu können. Auf längeres Zureden bringt sie es jedoch mit einer gewissen Sicherheit fertig.

Wenn sie sich besonders anstrengt, beugt sie den ganzen Rumpf nach rückwärts, ebenso den Kopf, so dass sie den Gegenstand, nach dem sie greifen will, gar nicht mehr sieht. Hält man ihr den Kopf fest, so ist das Greifen ihr sehr erschwert. Dabei zieht sie den rechten Mundwinkel stärker herab. — Ehe sie mit der Hand nach etwas greift, befeuchtet sie zuerst die Finger am Munde, stützt darauf kräftig die rechte Hand in die Hüfte und hebt erst dann den (rechten) Arm in die Höhe.

Die Beine liegen passiv auf der Unterlage ohne Contracturen, sind aber vollständig gelähmt.

Oedeme oder Decubitus finden sich nicht.

Der Urin reagirt sauer, enthält kein Eiweiss. Eine leichte Trübung rührt von darin suspendirten Vaginalzellen her.

Die Sensibilität ist überall erhalten. Die Kranke unterscheidet Spitze und Kopf einer Nadel, desgleichen die Berührung mit der Fingerspitze überall.

Der Patellarreflex ist normal; das Fussphänomen ist nicht hervorzurufen. Sämmtliche Muskeln reagiren auf den faradischen Strom. Jedoch contrahiren sich beiderseits der Triceps bracchii und der Quadriceps femoris nur auf sehr starke Ströme.

Der faradische Pinsel wird an allen Körpertheilen schmerzhaft empfunden. Die Temperatur ist nicht gesteigert. Die Frequenz des Pulses in der Minute beträgt 100, die der Respiration 24.

16. November. — Patientin ist immer sehr unruhig. Sobald Jemand vom Wartepersonal vorbeigeht, äussert sie einen Wunsch. Während der ersten drei Tage ihres Aufenthaltes hat sie das Bett nur sehr wenig verunreinigt. Seit dem 14. Nov. lässt sie allen Urin in's Bett. Oefters verlangt sie nach der Bettpfanne, vermag aber auf derselben den Urin nicht spontan zu entleeren.

Sie war sechs Tage lang verstopft. Auf Ricinus hatte sie Stuhlgang. Den Koth liess sie nicht in's Bett.

Ueber ihre Lage ist die Kranke vollständig orientirt. Sie weiss, wo sie ist, und hofft auf Besserung. Sie verspricht ihr möglichstes zu thun, um wieder hergestellt zu werden.

Die Kranke wird jeden Tag angehalten, ihre Hände zu gebrauchen. Während sie im Anfang, das Seil mit der rechten Hand zu greifen, nicht im Stande war, geht es jetzt ganz prompt. Mit der linken Hand vermag sie es nicht.

20. November. — Heute kann Pat. auch den rechten Arm nicht so hoch heben, um das Seil zu fassen.

Sie lässt immerfort in's Bett. Gestern klagte sie über Schmerzen in der Blasengegend. Die Blase stand bis drei Fingerbreiten über dem Nabel. Da die Kranke jedoch etwas Wasser gelassen hatte, wurde vom Katheterisiren abgesehen, und nur das Hypogastrium mit dem faradischen Pinsel behandelt. Heute fand man die Blase leer.

Die Schwester versuchte, die Kranke zu veranlassen, selbständig zu essen. Mit Mühe gelang es ihr, die zurechtgeschnittenen Speisen mit der Gabel an den Mund zu führen; sie that es in sehr unbeholfener Art.

23. November. — Pat. bekommt einen Decubitus auf dem linken Trochanter. Sie lässt den Urin immerfort unter sich. Erscheinungen von Blasenerkrankung sind nicht vorhanden.

26. November. — Auch rechts beginnt sich Decubitus zu bilden. Lagerung auf Bor-Vaseline. — Pat. ist jetzt viel unruhiger als früher, besonders Nachts.

30. November. — Der Decubitus hat keine grossen Fortschritte gemacht. Da die Pat. in der letzten Nacht sehr unruhig war, soll sie in der nächsten in ein Einzel-Zimmer gelegt werden.

1. December. — Der moralische Effect des Separirens war gleich Null. Gefragt, wie es ihr gefallen habe, antwortete die Kranke (in ihrem Dialect): «Gut! da kann ich doch brüele, wenn ich will, ohne die anderen Patienten zu derangiren.» Sie erhält nun Paraldehyd.

3. December. — Pat. jammert und klagt den ganzen Tag. Sie hat wenig geschlafen, obgleich sie 5 gr Paraldehyd, davon 3 gr in einer Dosis erhielt. Die Verzerrung des Gesichts ist vollständig verschwunden, kehrt aber am 5. December wieder.

7. December. — Heute Morgen ist die Blase, prall gefüllt, oberhalb des Nabels zu umgreifen. Beim Katheterisiren findet man das linke Labium stark oedematös geschwollen. Es wurden 3000 ccm eines klaren, sauren Urins von 1006 spec. Gew. entleert. Der Urin enthält weder Zucker noch Eiweiss.

8. December. — Wiederum Morgens pralle Füllunge der Blase bis zur Höhe des Nabels. Ausserdem Urin im Bett. Beim Katheterisiren zeigt sich das gestern geschwollene linke Labium wieder normal. — Es werden heute 2500 ccm Urin durch den Katheter entleert. Der im ersten Glase aufgefangene Urin ist durch weissliche flockige Massen getrübt, der nachfolgende nicht. Der Urin reagirt noch sauer, jedoch schwächer als gestern. Durch Kochen mit Salpetersäure ist Eiweiss darin nachweisbar. Das spec. Gew. beträgt 1003. Es finden zich hyaline Cylinder, z. Th. mit körnigen Massen belegt, und Leukocyten.

Auf der linken Ferse ist die Epidermis in Gestalt einer zweimarkstückgrossen Blase abgehoben. — Leichtes Oedem des linken Augenliedes. — Die Kranke ist in den letzten Tagen augenscheinlich hinfälliger geworden.

Abends wurde es wieder nöthig, die Blase zu entleeren. Man fing 2000 ccm klaren, sauren, weder Eiweiss noch Cylinder enthaltenden Urins von 1005 spec. Gew. auf. Oedem am rechten Augenliede.

Die Temperatur erhob sich heute über die Norm. Morgens 37.5, Abends 38.5.

9. December. — Katheterisation. 2000 ccm trüben, nicht eiweisshaltigen, sauren Urins. Das Oedem des Augenliedes ist verschwunden.

11. December. — Neutrale Reaction des Urins, welcher reich an Eiterkörperchen, und dessen Filtrat reichlich Eiweiss enthält.

Die Temperatur erhebt sich nicht über 38.0 Hohe Pulsfrequenz, 120 Schläge und darüber in der Minute.

13. December. — Urin alkalisch. Durch den Katheter wurde zuerst schleimig-eitriger, dann klarer, zuletzt wieder schleimig-eitriger Urin, im ganzen 2000 ccm, entleert; Abends nochmals 1300 ccm von neutraler Reaction und nur geringer Trübung.

16. December. — Seit zwei Tagen erhält die Kranke Abends 0,01 Morphium subcutan injicirt. Paraldehyd hatte selbst in einer Tagesdosis von 9 gr wenig Wirkung entfaltet.

Um die Alkalescenz des Urins zu corrigiren, werden täglich 6 gr Natron benzoicum und 5 gr Acid. phosphoricum verabreicht. — Am 13. d. wurden zum letzten Male beträchtliche Eiweissmengen im Urin gefunden, seither nur Spuren.

Die Oedeme am Augenliede und an der linken Schamlippe sind verschwunden; dagegen ist seit einigen Tagen am linken Bein etwas Oedem bemerkbar.

Die Kranke zieht zuweilen, durch Schmerzen veranlasst, die Beine etwas an. Versucht man, ihr die Beine zu abduciren, so fällt die Contractur der Adductoren auf, die sich jedoch überwinden lässt.

17. December. — Die Sprache ist ganz unverständlich geworden; gestern konnte man die Kranke noch verstehen.

18. December. — Sprache wieder deutlich. Der seitliche Nystagmus ist sehr stark geworden. Die Patellarreflexe und Muskelreflexe (?) an beiden Beinen fehlen vollständig. — Ausser den schon erwähnten Contracturen befinden sich auch die Beuger der Unterschenkel in Spannung.

19. December. — Die Sprache ist wieder ganz

undeutlich. 0,02 gr Morphium brachten keinen Schlaf.

21. December. — Die Kranke liegt theilnahmlos auf dem Rücken und stiert vor sich hin. Sie spricht nur noch undeutliche einsilbige Worte.

Es fällt heute auf, dass die Contracturen der Finger der linken Hand völlig verschwunden sind. Activ werden die Finger nicht bewegt, passiv sind sie frei beweglich. Auch liegt der Arm nicht mehr so krampfhaft dem Thorax angepresst. Die Flexion im Ellenbogengelenk ist geringer, desgleichen hat die Starre der Contractur nachgelassen.

Beim Versuch, die Kranke zu katheterisiren, adducirt sie die Beine krampfhaft.

Die Sensibilität ist überall erhalten. Fingerspitze, Nadelkopf, Nadelspitze werden prompt und sicher unterschieden.

22. December. — Seit gestern Incontinentia urinae. Etwa 600 gr, welche durch den Katheter entleert wurden, waren schleimig, schmutziggrau gefärbt, enthielten Blut beigemengt. — Im Filtrat sehr viel Eiweiss. Starke Alkalescenz.

Die Pupillen-Reaction ist erhalten. Die Zunge kann Pat. ohne Zittern bewegen; doch sind die Bewegungen derselben etwas langsam. Alle Buchstaben ausser l und r werden deutlich ausgesprochen. Auch das Schlucken ist nicht behindert.

Am 28. December erfolgte der Tod nach dreitägiger Agonie.

Leichenbefund:

Grosser Decubitus auf dem Kreuzbein und auf beiden Trochanteren. Oedeme an den unteren Extremitäten. Extreme Abmagerung.

Hypostatische Pneumonie des linken Unterlappens und eines Theiles des oberen Lappens.

Diphterisch-katarrhalische Entzündung der Blasenschleimhaut.

Beide Nieren ziemlich gross. Nierenboden etwas erweitert, mit einigen kleinen Ekchymosen an den Wandungen. Glomeruli gross und glänzend. Keine deutliche Amyloïd-Reaction.

Ueber Rückenmark und Gehirn lautet das Sectionsprotokoll (Dr. Stilling):

«Wenig Flüssigkeit in dem Sack der Dura. Dura und Pia zeigen nichts Besonderes. Das Rückenmark ist von derber Consistenz. Am Anfangstheile des Halsmarkes ist auf der vorderen Fläche eine eingesunkene, graue, durchsichtige Stelle, über welcher die Pia etwas verdickt ist. Dieselbe hat eine Länge von fast 2 cm, eine Breite von 1 cm, nimmt die Vorderstränge und fast die ganzen Seitenstränge ein. Auf dem Durchschnitt erstreckt sie sich links etwas weiter nach hinten, als rechts und lässt die Hinterstränge frei. Die graue Substanz ist an dieser Stelle sehr undeutlich, sehr durchscheinend.

Sodann auf einem 4 cm unterhalb dieser Stelle angelegten Schnitte finden sich ein kleiner 2 mm im Durchmesser haltender Fleck im linken (Seitenstrang), ein 1 mm im Durchmesser haltender in der äusseren Partie des rechten Seitenstranges.

3 cm unterhalb dieser Stelle (findet sich) ein fast 1 cm langer Fleck, welcher den rechten Vorderstrang mit Ausnahme der Pyramidenvorderstrangbahn einnimmt. Alsdann folgen fast unmittelbar ein 3 cm langer Flecken in der Gegend der linken Kleinhirnseitenstrangbahn.

In der Mitte des Dorsalmarkes sind die Hinter-

stränge und die hinteren Partien der Seitenstränge bis auf einen schmalen Streifen von dem erwähnten grauen Gewebe eingenommen.

In den untersten Theilen des Lendenmarkes bemerkt man wieder einen 1 $^1/_2$ cm langen Flecken in den vorderen Partien und 3 cm unterhalb im Lendenmark einen 6 mm langen Plaque, welcher fast genau auf die Hinterstränge beschränkt ist.

Abgesehen von den erwähnten grösseren sklerotischen Flecken finden sich in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarkes kleinere von den verschiedensten Dimensionen und Formen.

Die graue Substanz namentlich der Vorderhörner ist in den erwähnten grösseren Plaques im Halsmark, im unteren Theile des Lendenmarks und des Dorsalmarks ebenfalls durchscheinender und derber, als normal.

Die austretenden Wurzeln sind hie und da etwas schmal; jedoch die hinteren Wurzeln zeigen nur im Lendenmark und im unteren Theile des Dorsalmarkes graue Flecken.

Der Schädel ist etwas schief, ausserordentlich dick und schwer, enthält sehr wenig Diploë. Das Schädeldach erreicht an verschiedenen Stellen, namentlich in den Stirntheilen die Dicke von 1,2 cm. Die Gefässfurchen sind auf der Innenfläche tief eingeschnitten.

Es finden sich auf der Innenfläche des Stirnbeines kleinere, stecknadelkopfgrosse Exostosen.

Das Gehirn ist klein. Gewicht 1120 gr. Die Substanz ist sehr derb. An der Basis in den Arterien derbe Gerinnsel. In beiden Olfactoriis, besonders im linken Tractus olfactorius zerstreute graue Flecken.

Im rechten Tractus opticus, an der inneren Seite, ein 8 mm langer, 4 mm breiter Flecken.

Abducens, Trochlearis beiderseits frei. Oculomo-

torius makroskopisch auch frei. Trigeminus zeigt links an seiner Ursprungstelle ebenfalls einen kleinen Flecken; rechts ist er frei.

Am linken Facialis ein 3 mm im Durchmesser haltender Flecken an der Ursprungstelle.

An den übrigen Nerven ist makroskopisch nichts nachweisbar.

An der Basis ist die Pia überall derb.

Am Pons und an der Medulla oblongata finden sich zahlreiche graue Flecken, deren längster fast 1 cm erreicht; ausserdem mehrere kleinere Flecken im linken Hirnschenkel, an der rechten Olive und in den oberen Theilen der rechten Pyramide.

Der Balken ist mit sehr breiten Flecken besetzt; und zwar findet sich der breiteste am hinteren Theile des corpus. Derselbe ist 1,2 cm lang und nimmt fast die ganze Breite des Balkens ein. In dem vorderen Theile ein 1 cm langer, 8 mm breiter Flecken. Dazwischen mehrere kleinere.

Die Seitenventrikel sind sehr eng.

Die Vorderhörner sind verwachsen, das Ependym verdickt und in den hinteren Theilen granulär. Der Boden der Ventrikel, ebenso wie die Decken beider Seitenventrikel sind überall grau.

Auf dem Hauptschnitt Flecken innerhalb des Thalamus opticus, des Linsenkernes, der inneren und äusseren Kapsel auf beiden Seiten, von verschiedener Form, im allgemeinen nicht über 5-6 mm im grössten Durchmesser ausser einem sehr grossen Flecken im obersten Theile des rechten Thalamus, der einen Durchmesser von 1,2 cm erreicht.

Durch die weisse Substanz zerstreut sind ungemein zahlreiche, meist nicht viel über Stecknadelkopf grosse Flecken.

Das Gehirn ist im allgemeinen sehr derb und blutreich.»

Für unseren Zweck, nämlich die Verwickelung der hysterischen Symptome mit denen der Sclerose zu betrachten, ist zweifelsohne der wichtigste Theil der hier wiedergegebenen Aufzeichnungen die Anamnese vom Jahre 1879. Damals handelte es sich, wie es schien, um die Differentialdiagnose: ob Hysterie oder eine organische Erkrankung der Centralorgane? eine Frage, welche zur Zeit der zweiten Beobachtung fortfiel. Denn die sofort bemerkte Dysarthrie (Bradylalie), sowie die eigenthümlichen unzweckmässigen Mitbewegungen liessen keinen Zweifel über das Vorhandensein einer intracephalen Leitungsstörung.

Von Sensibilitätsstörungen war nichts mehr aufzufinden. Zu der vorzugsweisen Lähmung der linken Extremitäten war linksseitige Facialislähmung hinzugetreten. Wir wissen aber, dass Facialis- und Hypoglossuslähmungen äusserst selten als Symptome der Hysterie beobachtet werden. — Nicht häufig gelingt es beiläufig bei der cerebrospinalen Form der multiplen Sclerose, an der Hand des Sectionsbefundes einzelne der klinischen Erscheinungen — mit Ausnahme etwa bulbärer Erscheinungen — mit einiger Sicherheit zu localisiren. Wenn wir aber in unserem Sectionsprotokoll finden, dass die grösseste sclerotische Insel im Gehirn ein grosser Flecken im obersten Theil des rechten Sehhügels 1,2 cm Durchmesser war, wenn das Vorwiegen der Contractur in der oberen Extremität dem Verhalten bei älteren Herdläsionen in den Stammganglien des Grosshirns auffallend entspricht, während im übrigen die motorischen Bahnen für die linke Körperhälfte nicht wesentlich mehr als die für

die rechte von der Erkrankung tangirt waren, so dürfen wir wohl die vollständige Lähmung der linken Extremitäten und die gleichseitige Facialislähmung als hauptsächlich durch jene grosse Insel im rechten Thalamus bedingt ansehen.

Bekanntlich spricht der Umstand, dass die sklerotischen Herde sich, wie genaue Untersuchungen (Charcot, Leyden, Zenker)[1] ergeben haben, durchaus nicht scharf vom gesunden Gewebe absetzen, sondern vom Centrum nach der Peripherie hin der Process in successiv geringerem Grade vorgefunden wird, für ein allmähliches Wachsthum der vorhandenen Herde nach der Peripherie. Demnach dürfte es wahrscheinlich sein, dass bei demselben Individuum die grössesten Herde zu den ältesten gehören. Und zu den ältesten Symptomen unseres Falles gehört linksseitige Parese.

Kommen wir nun auf die Anamnese von 1879 zurück, so wurde zufolge dieser der Fall, ganz wie Mollière oben citirt sagt, als ein Typus der Hysterie betrachtet. Und das bedarf keiner weiteren Erklärung, da ganz sichere Symptome dieser Krankheit vorlagen, und die übrigen Erscheinungen zwar an und für sich nach beiden Richtungen (Hysterie oder organische Erkrankung) eine Deutung zuliessen, mit der Diagnose «Hysterie» folglich aber auch genügend erklärt schienen. Entschieden auf Hysterie war erstens zu beziehen: das von Jugend an aufgeregte und häufig alterirte Wesen der Patientin. Vor Aufregung soll sie häufig an Armen und Beinen gezittert haben. — Es wird wohl Niemandem einfallen, hier schon auf den der inselför-

[1] Sehr sorgfältige Untersuchungen lieferte Köppen, Archiv f. Psych. u. Nerventher. Bd. XVII.

migen Sclerose eigenthümlichen Intentionstremor zu fahnden. Denn niemals ist dieser Tremor als einziges, den übrigen Erscheinungen Jahre lang vorhergehendes Symptom beobachtet worden. Bourneville[1] und Guérard geben an, dass dem Tremor stets vorangehen 1) Allmählich oder plötzlich eingetretene Schwäche in einer oder beiden unteren Extremitäten; 2) Cerebralerscheinungen, worunter sich befinden können: Verminderung der Sehschärfe, Doppeltsehen, habituelles oder anfallsweises Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Verlangsamung der Sprache, apoplectiforme Anfälle ohne Verlust des Bewusstseins.

Ist das Intentionszittern in einem Falle von multipler Sclerose vorhanden, so wird es durch psychische Erregung verstärkt, kann auch allein durch solche hervorgerufen werden, aber es tritt dann auch stets, wie uns Ordenstein[2] lehrte, und wie der ja nun übliche Name besagt, bei willkürlichen Bewegungen ein.

In der Symptomenlehre der Hysterie spielt der Tremor nur eine untergeordnete Rolle, einerseits weil er nicht gerade häufig beobachtet wird, und immer nur in vorübergehenden Anwandlungen oder Anfällen; andererseits weil Verwechslungen mit anders bedingtem Tremor nicht zu befürchten sind.

Bourneville und Guérard[3], welche die verschiedensten Arten unwillkürlicher Schüttel- und Zitterbewegungen einer vergleichenden Betrachtung unterziehen, hätten auch den hysterischen Tremor erwähnen dürfen. — Hirt stellt ihn in seinem oben

[1] Bourneville et L. Guérard. De la sclérose en plaques disséminées. Paris 1869 pag. 87-89. pag. 163.

[2] Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisées. Thèse de Paris 1867.

[3] l. c. pag. 167-169.

citirten Vortrage dem Tremor bei multipler Sclerose gegenüber und giebt die augenfälligen Unterscheidungsmerkmale an. Jolly[1] äussert sich am ausführlichsten darüber. Nach ihm wäre die Unterscheidung nicht immer ganz leicht; denn er sagt: «Ebenso wie bei Contracturen und Lähmungen, welche durch anatomische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks bedingt sind, wird bei den hysterischen Zuständen dieser Art häufig Tremor beobachtet, der insbesondere bei Bewegungsversuchen in den gelähmten Extremitäten eintritt.» Diesen Tremor, welcher durch Bewegungen der in Contractur befindlichen Extremitäten, wahrscheinlich durch gelegentliches Anstemmen der Fusssohle gegen die untere Bettwand veranlasst wird, kennen auch Bourneville sowohl wie Charcot[2], aber sie schreiben ihn der «spinalen Epilepsie» oder dem Fussphänomen (Westphal) zu, welches sie «la trépidation provoquée du pied» nennen. Bourneville[3] spricht auch bei dieser Gelegenheit von der «trépidation provoquée *ou spontanée* du pied» und erklärt den Vorgang mit folgenden Worten: «La trépidation ainsi provoquée s'arrête, en général, aussitôt qu'on cesse de maintenir le pied dans la flexion dorsale; elle persiste cependant quelquefois un peu après. Limitée au pied dans beaucoup de cas, elle s'étend souvent au membre tout entier et se propage même quelquefois au membre inférieur de l'autre côté. Dans le cas où le tremblement dont il s'agit peut être provoqué par le manœuvre indiqué

[1] Jolly, Hysterie. Handb. d. spec. Pathol. u. Therap. von v. Ziemssen Bd. XII, 2.

[2] Charcot. l. c. XII[e] Leçon: De la contracture hystérique. pag. 350.

[3] ebenda. Note zum Text.

plus haut, il se manifeste fréquemment aussi, soit spontanément, du moins en apparence, soit sous l'influence des mouvements que fait le malade pour se dresser dans son lit, pour en descendre et mettre le pied à terre, ou encore pour marcher.

«La trépidation provoquée ou pontanée du pied etc.»

Charcot sowohl wie Bourneville betont, dass er das Phänomen auch bei solchen Fällen von hysterischer Contractur beobachtet habe, die unter seinen Augen später plötzlich in Heilung übergingen.

Es ist noch zu erwähnen, dass Jolly ausnahmsweise hysterischen Tremor «auch als selbständiges Symptom der Lähmung und Contractur vorausgehen und dann in ganz ähnlicher Weise wie bei der Paralytis agitans auftreten» sah. Analoges wie in unserm Falle, vorübergehenden Tremor, oft durch die geringfügigsten psychischen Erregungen hervorgerufen, sah Jolly sogar bei den meisten Hysterischen.

Angesichts dieses schon in früher Jugend beobachteten Tremors und des aufgeregten Wesens unserer Patientin, werden wir nicht fehlgehen, wenn wir auf eine angeborene Schwäche des Nervensystems schliessen, trotzdem die Kranke von einer hereditären Belastung nichts wissen wollte.

Was nun weiter an schädigenden Einflüssen eruirt wurde: dürftige Verhältnisse, ein, wie es scheint, nicht glückliches häusliches Leben, daraus resultirende Gemüthsbewegungen, Nahrungssorgen, ferner Aufenthalt in feuchter Wohnung, angestrengte Arbeit an der Nähmaschine, das war sicher alles geeignet, die schon vorhandene «reizbare Schwäche» des Nervensystems zu steigern, insbesondere aber auch die Frau körperlich herunterzubringen und so zu wirklicher organischer Erkrankung Anlass zu geben.

Wir haben es also mit Einflüssen zu thun, welche bekanntermassen gleich oft und mit demselben Recht als Ursache für functionelle wie für organische Erkrankung des Nervensystems beschuldigt werden.

Epikritisch ist hier zu bemerken, dass die Angaben der Frau über unglückliches Eheleben und über unordentliche Führung ihres Mannes, verglichen mit dem Bilde, welches wir später von diesem Manne gewinnen, als eines treuen aufopfernden Pflegers derselben, uns von neuem über eine Charakteranomalie ihrerseits aufklären. Ich erinnere an die Episode von dem Fahrstuhl, den Spitzenkragen und den bunten Schuhen. Sollte dieser Mann, der seine wenigen Mittel, seine Zeit, Kräfte, seine schwache Gesundheit der Frau bereitwillig opfert, der Faullenzer gewesen sein, den sie in ihren Angaben aus ihm macht?[1]

Unzweideutige Beweise einer bestandenen Hysterie finden wir in den hysterischen Krämpfen zur Zeit der Periode, ferner in den clavusartigen Scheitelkopfschmerzen, in den typischen Krämpfen der Schlundmuskulatur (Gefühl des aufsteigenden Apfels) und den temporären Lähmungen einzelner Kehlkopfmuskeln, welche zeitweilige Stimmlosigkeit bewirkten, ferner in dem häufigen Aufgetriebensein des Leibes, wahrscheinlich auch in den erwähnten Ructus. — Wenn Frau G. angab, nicht nur doppelt, sondern sogar

[1] Herr Dr. med. Hecker aus Münster hatte die Freundlichkeit den Mann auf meine Bitte aufzusuchen, um ihn zu veranlassen durch nachträgliche Erzählung uns zur Ausfüllung der Lücken in unserer Krankengeschichte zu verhelfen. Herr Dr. H. fand den Mann (Herbst 1885) «in einem kläglichen Körper- und Geisteszustand, stumpfsinnig, mürrisch und verbittert. Er verweigerte, sich über seine Frau zu unterhalten, da er einen grossen Theil seines Lebens ihrer Pflege geopfert habe, ohne Dank von ihr zu ernten.» Wahrlich, der Ehemann einer schwer hysterischen Frau ist so sehr zu bedauern, wie diese selbst!

dreifach gesehen zu haben, so beruhte das, da ihre Intelligenz nicht gelitten hatte, wohl auf hysterischer Neigung zum Uebertreiben und Erfinden von interessanten, sie selbst betreffenden Unwahrheiten. Ausserdem hat die rechterseits bestandene Parästhesie («reissend, brennend, als ob sie im Feuer läge») ein der Hysterie verdächtiges Gepräge. Dass eine Verwechslung mit lancinirenden Schmerzen nicht vorliege, wird ausdrücklich erwähnt.

Die bestimmte Datirung des Beginnes der Erkrankung auf den Zeitpunkt der Verheirathung, ferner der Umstand, dass die «Nervenattaquen», welche sich bei genauerer Beschreibung als hysterische Convulsionen herausstellten, in die Zeit der zwar regelmässigen aber ausserordentlich schmerzhaften Perioden fielen, zeigen uns an, dass, wie sehr häufig bei der Hysterie, die Genitalnervensphäre erheblich mitafficirt war, und machen wahrscheinlich, dass die heftigen Schmerzen der von Charcot und anderen Autoren urgirten hypogastrischen Aura aequivalent waren.

Auffallend ist die Sterilität, während Anhaltspunkte zur Annahme eines erheblichen Genitalleidens nicht existiren. Denkbar wäre es, dass die nach Charcot bei convulsiver Hysterie so häufige ovarielle Hyperästhesie ein Hinderniss der Cohabitation wurde.

Wir wissen, dass bei multipler Sclerose in einigen wenigen Fällen epileptiforme Anfälle beobachtet sind (Kelp[1], Leube[2]). Bei der neuerdings von Max Mayer[3] berichteten Beobachtung ist der Zusammenhang der mehrere Jahre vor dem Beginn der übrigen Symptome vorgekommenen epileptiformen Krampf-

[1] Deutsch. Archiv f. klin. Med. X. S. 224. 1872.
[2] ebenda VIII. S. 1. 1870.
[3] l. c.

anfälle mit der Sclerose sehr zweifelhaft; denn die wöchentlich zweimal auftretenden Anfälle gingen spurlos vorüber. — Dass es sich in unserm Falle nicht etwa um solche epileptiformen Krämpfe nnd somit um ein Symptom der Herdsclerose gehandelt habe, beweist erstens der Umstand, dass von einem epileptiformen Charakter der Anfälle nichts berichtet wird, zweitens die Comperiodicität mit der Menstruation, welche dagegen bei hysterischen Anfällen häufiger beobachtet wird. Ueber den Ursprung einiger von den in der Anamnese von 1879 notirten Erscheinungen lässt sich kein Urtheil fällen. Dahin gehören die Schwäche des Blasenschliessmuskels und die «Magenkrämpfe». Freilich gehören Störungen der Blasenfunction meist erst zu den letzten Symptomen bei multipler Sclerose und kündigen das nahe Ende an. Gastrische Krisen, d. h. cardialgische Anfälle mit oder ohne Erbrechen kommen sowohl im Anfang der Sclerose häufig als auch bei Hysterischen bekanntermassen vor.

Was nun die motorischen und sensiblen Störungen an den Extremitäten, im Gebiete des Facialis und Trigeminus betrifft, welche bereits zur Zeit der ersten Beobachtungen existirten, so wird es natürlich Angesichts des späteren Verlaufes und des Sectionsbefundes zweifelhaft, ob dieselben hysterischer Natur waren, oder ob sie nach ihrem Auftreten und ihrer Vertheilung den Schluss bedingen, dass schon damals der sclerotische Process begonnen hatte.

Vorweg will ich bemerken, dass ein Symptom entschieden für die letztere Annahme spricht. Das ist der Schwindel beim Gehen, wovon es in der Anamnese heisst: «Sie hatte stets das Gefühl, als sei der Boden unter ihr nicht fest, als gehe sie auf Sammt.» Gerade diese Art von Schwindel beschreibt auch

Bourneville[1] bei einem seiner eigenen Fälle fast mit denselben Worten: «En même temps la marche devint incertaine; la malade n'avait qu'une notion confuse de la résistance du sol, croyait marcher sur du duvet.» Es kann gar kein Zweifel darüber bestehen, dass ganz verschiedene Arten von Schwindelgefühlen bei der multiplen Sclerose vorkommen. Es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle um Drehschwindel (Charcot), und zwar tritt dieser meist in Anfällen auf. Diese Anfälle von Drehschwindel hängen offenbar in einigen Fällen mit anfallsweise auftretendem Nystagmus zusammen. Wenn wir z. B. in der Observation X bei Bourneville und Guérard (Fall von Léo) lesen über: «d'accès vertigineux que provoquait surtout une marche rapide et qui disparaissaient progressivement s'il ralentissait son pas ou s'arrêtait. Pendant le vertige, il lui fallait parfois s'appuyer à un mur, et il lui était *impossible de fixer son regard sur un objet déterminé*», so liegt wohl die Erklärung auf der Hand. Bei rascher Fortbewegung entsteht bei seitwärts gewandtem Blicke auch physiologischer Weise ein Nystagmus. Dieser physiologische Nystagmus rief offenbar in dem erwähnten Falle einen krampfhaften Nystagmus, bestehend aus klonischen Zuckungen der in Thätigkeit gewesenen antagonistischen Augenmuskeln hervor. Das Zusammenvorkommen von Nystagmus und Drehschwindel hat man bereits früher an Thieren, welche auf der Drehscheibe rotirt waren, beobachtet. Ganz genaue Studien darüber sind neuerdings bei der Querdurchleitung galvanischer Ströme durch den Kopf an Menschen gemacht worden[2].

[1] Bourneville et Guérard l. c. Observation V.

[2] E. Kny, Untersuchungen über den galvanischen Schwindel. Archiv für Psychiatrie Bd. XVIII, Heft 3.

Betrachten wir uns nun die in der Anamnese von 1879 notirten motorischen und sensiblen Störungen genauer, so fallen uns einige Umstände auf, welche für einen Zusammenhang, wenigstens eines Theiles derselben, mit der Sclerose sprechen. Als die Patientin nach fünf Jahren das Hospital wieder betrat, war die Lähmung der linken Extremitäten, welche auch ehemals überwogen hatte, vollständiger als die der übrigen Lähmungen und bereits mit Contractur des linken Armes gepaart; es ist demnach wahrscheinlich, dass sie continuirlich aus dem fünf Jahre vorher notirten Zustande hervorgegangen war. Der linke Facialis war nun stärker als der rechte betheiligt. Sensibilitätsstörungen dagegen waren gar nicht mehr vorhanden. Darin liegt jedoch kein Beweis, dass dieselben nicht auf anatomischer Basis beruht hätten.

Dass die sensiblen Störungen an Intensität, Qualität und Localisation bei denselben Kranken grossen Wechseln unterworfen sind, bemerkt Erb[1]. Viele Autoren sprechen ihre Verwunderung aus, dass auch in Fällen, in denen die Hinterstränge durchaus nicht intact gefunden wurden, doch constant oder zu Zeiten normales Verhalten der Sensibilität constatirt wurde.

Thatsächlich finden sich ja in unserem Falle die Hinterstränge im Dorsalmarke fast ganz und im Lendenmark auf 0,6 cm Länge in ihrer ganzen Breite von sclerotischen Plaques eingenommen.

Schüle[2] glaubt in dem Freibleiben einzelner Theile der Hinterstränge und der grauen Substanz die Ursache gefunden zu haben, welche ein Fortbestehen der sensiblen Leitung ermöglicht. Ob dieses

1 l. c. pag. 498.

2 Deutsch. Archiv für klin. Medic. VII, S. 159. 1870 und VIII, S. 223. 1871.

Freibleiben für alle solche Fälle zutrifft, ist jedoch sehr zweifelhaft. — Zu berücksichtigen ist wohl, dass überhaupt bei allen materiellen Läsionen und Erkrankungen des Centralnervensystems Störungen der Sensibilität häufiger und leichter rückgängig werden, als motorische, und ferner, dass, wenn jede sclerotische Insel die Leitung auf ihrem Querschnitt unterbräche, auch viel intensivere und zahlreichere motorische Paralysen, als de facto, in den einzelnen Fällen beobachtet sein müssten. So stark aber wie die motorischen Stränge sind die sensiblen Stränge fast nie betheiligt gefunden. Die von Charcot[1] zuerst ausgesprochene Behauptung: «Das unbegrenzte Fortbestehen einer gewissen Zahl von Axencylindern inmitten von Partien, welche die fibrilläre Metamorphose im höchsten Grade durchgemacht haben, ist ein Merkmal, welches der Herdsclerose ganz besonders eigenthümlich zu sein scheint» — diese Behauptung ist neuerdings durch eine sorgfältige Untersuchung von Köppen[2], wobei ihm drei Fälle von multipler Sclerose und einer von Tabes als Material dienten, vollständig bestätigt worden. Darunter war ein Fall von Herdsclerose, dessen Verlauf sich über 20 Jahre erstreckte. Für alle drei Fälle, selbst für den Fall III, von siebenjähriger Krankheitsdauer, in dem die Axencylinder sehr verbreitert waren, konnte Köppen auch aus den im Leben beobachteten Erscheinungen schliessen, dass die nachgewiesenen Axencylinder der betreffenden Rückenmarksabschnitte leitungsfähig geblieben waren.

Zwei weitere Umstände an den motorischen und sensiblen Störungen unseres Falles, welche nicht recht in's Bild der Hysterie sich fügen wollen, das sind

[1] l. c. pag. 218.
[2] l. c.

1) eine Lähmung im Bereiche des rechten Facialis (Augenlid-äste), schon 1879 notirt, 2) die damalige Kreuzung halbseitiger Anästhesie und Lähmung.

« Besonders war das linke Bein, zugleich aber auch der linke Arm schwach, und das Gefühl war an diesen Extremitäten abgestumpft, so dass Patientin zwar ganz gut fühlte, wenn man sie stach etc., aber doch einen Gegenstand in der Hand nicht recht erkannte und nicht gut tasten konnte. Ganz dasselbe bestand auf der rechten Seite des Gesichts. Besonders verzogen war das Gesicht nicht; nur soll die Augenspalte rechts kleiner gewesen sein als links, und besonders das Gefühl abgestumpft. »

Also Parese der linken Extremitäten und des rechten oberen Facialisgebietes und Abschwächung des Tastgefühls bei erhaltenem Schmerzgefühl in denselben Regionen.

Abgesehen davon, dass die halbseitige Anästhesie, welche hysterische Hemiplegie häufig begleitet, viel häufiger in Analgesie bei erhaltenem Tastgefühl besteht, als umgekehrt, wird gerade die strikte Beschränkung auf eine und dieselbe Körperhälfte und die Begrenzung durch die sagittale Medianebene als characteristisch von denjenigen Autoren angegeben, welche dieselbe eingehend beschrieben haben (Briquet[1], Charcot). Briquet, welcher der Ansicht ist, dass bei anatomischen Läsionen des Gehirns niemals dieselbe Seite des Antlitzes wie der Extremitäten und des Rumpfes von Anästhesie befallen werde, glaubt hierin ein ganz sicheres differentialdiagnostisches Merkmal zwischen hysterischer Hemiplegie und Herdläsionen in den Stammganglien gefunden zu haben. Nun hat zwar Charcot an

[1] Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris 1859.

der Hand mehrerer Fälle nachgewiesen, dass wahre Hemianästhesie durch apoplektische Insulte mit Hemiplegie auftreten könne und zwar durch Verletzung des hinteren Theiles der inneren Kapsel. Doch weder der eine noch der andere Autor erwähnen, dass die hysterische Hemianästhesie auch gekreuzt vorkomme; und Facialisparalysen kommen nach Charcot als Symptom der Hysterie kaum jemals vor.

Die zeitweilige Besserung der besprochenen Erscheinungen nach der Benfelder hydrotherapeutischen und electrischen Kur lässt sich zur Entscheidung der Frage nicht verwerthen. Beobachtet sind derartige Besserungen nach Kaltwasser-Behandlung auch bei multipler Sclerose.

Auffallend aber ist es, dass bei convulsiver Hysterie keine grösseren und plötzlicheren Umschläge der Lähmungs- und Sensibilitäts-Symptome im Anschluss an die Convulsionen vorkamen, wenn diese Symptome überhaupt hysterischer Natur waren.

Nur Schwankungen der Intensität sollen in den Jahren 1874-1879 vorgekommen sein. Im ganzen aber war das Leiden damals schon progressiv verlaufen.

Nach allen diesen Erwägungen glaube ich meine Auffassung des beschriebenen Krankheitsfalles dahin zusammenfassen zu können: dass die Frau G., mit einer angeborenen (oder in der Kindheit durch Mängel der Erziehung) erworbenen Schwäche des Nervensystems behaftet, nach ihrer Verheirathung im zwei und zwanzigsten Lebensjahre durch psychische Aufregungen und ungünstige physische Lebensverhältnisse zunächst an convulsiver Hysterie erkrankte, dass im zwei und dreissigsten Lebensjahre (1874) die Erscheinungen der multiplen Herdsclerose begannen, in welche sich noch Jahrelang die der Hysterie mischten; —

dass sie der Herdsclerose nach zehn Jahren erlag, indem es durch Blasenlähmung zu katarrhalisch-diphtherischer Cystitis und zu Pyelonephritis und durch Schwächung der Respirations- und Circulationscentren zu hypostatischer Pneumonie kam.

Ich bin der Ansicht, dass eine derartige Complication von Hysterie und einer sclerotischen Erkrankung des Centralnervensystems nicht als eine rein zufällige zu betrachten ist. Denn einerseits ist die Aetiologie eine gemeinsame, andererseits ist es nach den Beobachtungen Charcots wahrscheinlich, dass die Sclerose sozusagen in die Fusstapfen der Hysterie tritt.

Strassburg, Universitäts-Buchdruckerei J. H. Ed. Heitz (Heitz u. Mündel).